BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Travail du
Service du
Pr Méry

Dr Marcel PAILLET

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION

DES

Adénopathies hilaires tuberculeuses

PAR LA COMPARAISON

des Examens cliniques et radiologiques

PARIS

JOUVE & Cie ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1922

ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION

DES

Adénopathies hilaires tuberculeuses

PAR LA COMPARAISON

des Examens cliniques et radiologiques

Dr Marcel PAILLET

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION

DES

Adénopathies hilaires tuberculeuses

PAR LA COMPARAISON

des Examens cliniques et radiologiques

PARIS

JOUVE & Cie ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1922

A MONSIEUR LE DOCTEUR MÉRY

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur agrégé de la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Qui, depuis 1919, dirige attentivement notre éducation médicale, nous dédions ce travail qu'il a inspiré, en témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
F. BEZANÇON

Officier de la Légion d'honneur

Qui voulut bien accepter la présidence de cette thèse, en hommage respectueux.

ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION

DES

Adénopathies hilaires tuberculeuses

PAR LA COMPARAISON

des Examens cliniques et radiologiques

INTRODUCTION

L'étude des résultats fournis par les rayons X au diagnostic des adénopathies actives du hile chez l'enfant est commencée depuis vingt-cinq ans.

Ce n'est qu'après une longue période d'essais pendant laquelle les radiologues furent gênés par l'insuffisance de leurs appareils que la radioscopie du thorax acquit une place définitive dans l'examen du petit malade.

Certains auteurs — MM. Béclère, Rist, Ribadeau-Dumas dans leurs communications, Gauducheau et Ségard dans leur thèse — ont insisté sur l'intérêt de la comparaison des signes cliniques et des images radiologiques au point de vue du diagnostic de la tuberculose ganglio-pulmonaire ; au cours de ce travail nous y insisterons également, mais nous voudrions dégager plus particulièrement l'intérêt de cette comparaison au point de vue du pronostic, tenter par là de donner au clinicien quelques préci-

sions sur les diverses évolutions possibles de ces adénopathies actives qu'il constate si fréquemment. Mais il faut pour ce résultat ériger en méthode cette comparaison des examens pratiqués respectivement et parallèlement en série. Il sera dès lors possible de prévoir telle ou telle évolution, de la dépister à son début, d'en surveiller la marche progressive ou régressive, d'en constater la terminaison et enfin de posséder les éléments d'une thérapeutique intelligente.

C'est dans le service de M. Méry que nous avons acquis, sous sa direction, l'expérience de cette méthode et recueilli pour ce travail les quelques observations qui en affirment la bonne pratique.

HISTORIQUE

Il est intéressant de rappeler que c'est la radioscopie qui la première attira l'attention sur la tuberculose hilaire, alors que la plupart des auteurs ne croyaient qu'aux stades de germination et d'infiltration au niveau des sommets.

Or, on sait maintenant avec quelle fréquence les ganglions trachéo-bronchiques sont chez l'enfant des foyers de tuberculose latente, et si l'on peut encore discuter sur les voies d'accès du bacille dans l'organisme, les auteurs semblent s'accorder sur le point que les ganglions médiastinaux et hilaires sont les relais habituels à l'infection bacillaire.

Dès les premières radioscopies, on remarqua donc la présence fréquente de ces ombres hilaires et des arborisations s'éparpillant en éventail à partir du hile vers la périphérie — ombres ramifiées se détachant sur le fond clair du champ pulmonaire.

En 1904, De La Camp les décrivit comme des images des pédoncules broncho-vasculaires normaux ; puis la présence de petites taches lenticulaires qui renforçaient ces ombres fit émettre aux radiologues plusieurs hypothèses.

Stürtz en 1907 interpréta ces ombres ramifiées, renforcées de taches, comme une infiltration lymphangitique péri-bronchique semée de place en place de

ganglions calcifiés — et l'élargissement de ces ombres dans les lobes supérieurs des poumons, comme des signes de tuberculose au début ; il en fit un processus d'infiltration lymphangitique du hile vers les sommets.

Assman vers 1910 remarque la présence de renforcements d'ombres du hile qui sont plus étendues et semées de taches plus sombres, et il décrit les larges « ombres rameuses » (Stranförnige Sêhatten) dans les lobes supérieurs des poumons.

Rieder, en 1908, insista également par les lésions du hile et de leur extension en amont de l'infection.

Jordan, radiologue du Guys-Hôpital de Londres, confirme l'idée de Stürtz et croit que le hile sert de porte d'entrée à la tuberculose pulmonaire, les gaines lymphatiques lui servant de voies d'accès vers les sommets. Il s'exprime ainsi : « les ombres anormales de la région du hile répondent à des dépôts calcaires dans les ganglions bronchiques, à des bandes fibreuses irradiant le long des ramifications des bronches, — à des foyers de broncho-pneumonie. Ces lésions sont pour ainsi dire toujours de nature tuberculeuse, mais torpides, curables ; il y a des cas de phtisie où la consomption impose le diagnostic de tuberculose sans qu'on puisse trouver des signes physiques. Ce sont les cas de tuberculose péri bronchique et la situation profonde du hile explique cette évolution silencieuse. »

Et il ajoute d'après une seule autopsie que « les lésions apicales sont le prolongement le long des bandes péri-bronchiques des lésions hilaires. »

En France, M. Béclère dans ses communications et Gauducheau dans sa thèse ont montré que l'exploration radiologique révèle souvent une accentuation des ombres hilaires, coexistant avec la

tuberculose pulmonaire, — petits foyers calcifiés sans signes stétoscopiques nets, — chez des sujets en apparence sains, ou présentant quelques légers phénomènes généraux.

Dans cette même thèse, Gauducheau montre d'autre part plusieurs cas où l'envahissement du sommet pulmonaire à partir du hile lui semble démontré.

Cette même vue est partagée par M. Variot qui voit à propos de radios présentées par M. Ribadeau-Dumas « des lésions ganglionnaires qui semblent envahir plus ou moins les zones adjacentes du parenchyme ».

Sluka (de Vienne) décrit une forme spéciale de tuberculose du hile chez l'enfant; il décrit plusieurs formes d'ombres radiologiques et il insiste sur une ombre triangulaire dont la base se confond avec l'ombre médiane et dont le sommet s'enfonce plus ou moins profondément dans la partie moyenne du poumon. Il groupe 38 cas concernant des enfants chétifs, chez lesquels les signes stétoscopiques étaient peu nets et il reconnaît la persistance de cette ombre. Ce premier caractère lui indique la nature chronique du processus qu'il juge tuberculeux. Il conclut que dans les faits qu'il a réunis il s'agit de tuberculose primitive du hile à évolution lente, susceptible d'être réactivée par une maladie intercurrente.

M. Méry, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en mars et mai 1919, a groupé un certain nombre d'observations qui corroborent cette opinion et chez lesquelles il s'agit dit-il « d'un processus inflammatoire des ganglions du hile primitif, à évolution lente pouvant provoquer des lésions de voisinage, et souvent réactivé par l'infection grippale ».

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION DES OMBRES HILAIRES PATHOLOGIQUES

Premier degré

On interprète actuellement les ombres hilaires ramifiées à partir du hile comme les images normalement visibles des pédoncules broncho-vasculaires. Tout processus de péri-bronchite les dessinent plus nettement et nous convenons que l'état pathologique commence là où ces ombres sont abondamment ramifiées, « chargées » ; c'est le premier degré.

Cette délimitation de l'état pathologique provoqua maintes discussions et dans une séance de la Société de Radiologie en décembre 1913, MM. Aubourg et Delherm, constatant l'extrême fréquence de ces images, se demandent où débute l'état pathologique de la région hilaire.

La plupart des enfants pauvres des villes, mal nourris, malingres, au thorax étroit, ayant fait de nombreux rhumes, présentent ces ombres discrètes, enchevêtrées, semées de nodules foncés, de la grosseur de grains de plomb ou de chènevis. Nous avons vu pour notre part, à l'école de puériculture, défiler devant nous un grand nombre de ces enfants chétifs, nullement tuberculeux, présentant une image des sommets claire et des ombres hilaires plus ou moins

chargées. MM. Rist et Maingot, avaient, dès 1913, constaté la banalité de ces images.

Chez ces malades, aucun signe stétoscopique n'est noté, sinon une diminution de la respiration.

Evolution de ces malades. — Nous avons revu un grand nombre de ces malades au bout de six mois, un an : cliniquement, les signes étaient aussi peu nets ; radiologiquement, on constatait des ombres plus chargées si l'enfant venait de faire une bronchite, ou une adénoïdite ; moins chargées et semées de petits nodules s'il revenait de la campagne.

Pratiquement, aucun changement notable n'était constaté, ces examens successifs montraient bien qu'il n'y avait aucun processus hilaire actif, et que ces enfants étaient simplement redevables d'un traitement hygiénique, aéré.

Deuxième degré

Avec le deuxième degré nous entrons dans une catégorie de malades bien plus intéressante, porteurs d'adénopathies hilaires en activité avec, souvent, des réactions de voisinage importantes.

Caractères de l'image radiologique. — MM. Méry et Détré dans leur article de la *Presse médicale* (19 mars 1921) les décrivent ainsi : « les ramifications hilaires sont plus enchevêtrées et plus floues, il semble qu'une estompe soit passée sur leur image. La gangue qui empâte ces ombres déborde le médiastin ; à faible éclairage ce lacis d'ombres apparaît de chaque côté de l'ombre médiane comme des ailes de papillon. »

Nous verrons que ces images peuvent revêtir plu-

sieurs formes mais, ajoutent ces auteurs : « leur caractère commun, essentiel est l'empâtement, c'est un symptôme d'activité et il n'est guère douteux qu'il ne s'agisse de tuberculose. »

Intérêt de la comparaison des signes cliniques et des ombres à ce degré. — Nous insistons sur l'intérêt de l'empâtement des ombres qui est toujours si facile à constater parce qu'il aide efficacement à faire le diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire.

On songe facilement à des pleurésies sous-claviculaires, interlobaires, à ces réactions bronchiques de la région du hile décrites par M. Hutinel, alors qu'on est en présence d'adénopathies hilaires, et M. Méry (dans sa communication du 7 mars 1919 à la Société médicale, et dans son article de la *Presse médicale* de décembre 1920) établira minutieusement ce diagnostic précoce par la recherche des zones *de matité parasternales et paravertébrales et de la respiration rude*, suivant ainsi les suggestions de Guéneau de Mussy et de Grancher.

Mais l'attention même qu'apportent ces cliniciens à l'établissement de ce diagnostic précoce montre bien sa difficulté. La situation profonde du hile explique bien cette fréquente discrétion des signes d'auscultation et de percussion. Or, aidé par la radioscopie, on ne passera pas sans l'entendre près de « cette inspiration rude et basse dont la valeur est incontestable pour le diagnostic de la tuberculose au début, si elle est permanente » (M. Méry, *Presse médicale*, 4 déc. 1920) et on percutera avec une attention scrupuleuse les régions du hile que l'on aura vues suspectes — en avant, régions parasternales au niveau du deuxième espace intercostal — en arrière, régions paravertébrales, situées entre la

colonne et la fosse sous-épineuse, à la hauteur des V^e^, VI^e^, VII^e^ vertèbres dorsales.

Que des examens successifs, à un mois de distance, montrent la persistance des images floues du hile et la persistance des signes de rudesse et de matité, nous confirmons certes notre diagnostic de tuberculose ganglio-pulmonaire — mais dès la comparaison de notre premier examen clinique et de notre premier examen radiologique nous avions les moyens de le suspecter, d'établir un pronostic réservé et d'installer en même temps une thérapeutique appropriée.

Diverses formes de l'ombre hilaire à ce deuxième degré. — Le contour externe de la gangue qui empâte les ombres hilaires peut présenter diverses formes, nous détachons de nos observations 3 cas qui montrent ces diverses formes d'ombres :

La première, quadrangulaire, en forme d'hémidisque marroné.

La deuxième, accolée du hile, verticalement allongée fusant le long du pédicule supérieur, allant du hile au sommet, mais n'envahissant que la moitié du champ pulmonaire correspondant.

La troisième, en forme de triangle, dont la base est accolée au hile et dont le sommet pointe vers l'aisselle et qui peut être considérée comme l'amorce d'une scissurite. Dans ces cas, les réactions de voisinage peuvent être très étendues et l'on peut voir l'ombre se présenter sous la forme d'une bande transversale occupant tout le champ pulmonaire, suivant la scissure, et rappelant l'ombre de la pleurésie interlobaire.

Observation 1. — Yvonne B..., présente une matité parasternale gauche.

L'examen radiologique montre une ombre quadrilatère adossée au hile gauche (ombre floue) (planche 1).

Le diagnostic est celui d'une adénopathie hilaire active vraisemblablement tuberculeuse avec réaction congestive.

Observation I *bis*. — Juliette D... présente une matité parasternale gauche, amaigrissement, perte d'appétit.

L'examen radiologique montre une ombre en forme de pinceau, verticalement allongée du hile au sommet, qu'elle atteint, et respectant la transparence de la moitié externe du champ pulmonaire. L'ombre est empâtée, floue, et l'évolution ultérieure a montré qu'il s'agissait bien d'un processus tuberculeux (Voir figure 9).

Observation I *ter*. — Br..., grosse matité parasternale droite.

Examen du Dr Détré : ombre transversale partant du hile, dirigée en haut et en dehors et atteignant le bord externe du thorax, ombre empâtée, opaque. L'évolution ultérieure a également montré qu'il s'agissait là d'un processus tuberculeux (figure 7).

Ainsi, dans 3 cas, le seul caractère, l'empâtement de l'ombre hilaire, quelle que soit sa forme, a permis de poser le diagnostic d'adénopathie hilaire active et de suspecter, par sa comparaison avec les signes cliniques, l'évolution vers la dissémination ou la propagation de la tuberculose — et dans ces 3 cas l'évolution a confirmé la légitimité d'un premier pronostic alarmant.

D'autre part, M. Méry montra (Société médicale, 19 mai 1919) que ces trois formes d'ombre peuvent se succéder chez un même malade, « ce qui démontre, dit-il, leur point de départ commun, le hile, et dont le type 1 (figure 1) représente le type le plus fréquent. Dans le troisième groupe (figure 7) il est probable que des lésions de voisinage — congestion pulmonaire s'arrêtant à l'interlobe et réaction pleurale

PLANCHE I

Gauche

Droit.

Cliché Délié.

FIG. 1.

scissurale —, viennent se joindre à la réaction ganglionnaire primitive ».

Troisième degré

M. Méry ne croit pas que l'évolution vers la dissémination de la propagation à partir du hile soit la plus fréquente.

Les cas qu'il a observés l'autorisent à donner comme caractères principaux à ces adénopathies hilaires actives, les suivants : évolution caractéristique par la lenteur, la persistance des signes physiques, *et l'évolution habituelle vers la guérison.*

Et si nous avons groupé plus haut 3 cas d'évolution éminemment active, c'était dans l'esprit de mettre mieux en relief *le caractère flou actif* de l'ombre hilaire observée dans ces 3 cas.

Caractère de l'image radiologique au troisième degré. — Radiologiquement l'évolution vers la guérison se manifeste par la réduction progressive des ombres hilaires floues — et par leur fragmentation ; — elles commencent par se rétrécir, puis deviennent plus opaque, leurs contours deviennent plus nets, plus tranchés, elles se résolvent peu à peu en arborisations plus ou moins nettes. Ces ramifications, provenant de la fragmentation de la gangue homogène primitive, se dirigent vers le sommet et vers le diaphragme et dessinent dans ces 2 directions un pédicule supérieur et un pédicule inférieur ; c'est sur ces 2 pédicules que se trouvent ordinairement les calcifications.

Le pédicule inférieur atteint souvent le diaphragme et c'est dans ces cas où l'on voit distinctement la coupole se déformer pendant l'inspiration et même

rester immobile, dans sa partie interne, comme fixée par des brides.

Cet aspect fragmenté des ombres est un processus de guérison, réprésentant la terminaison scléreuse du processus actif du deuxième degré, et nous croyons que c'est la plus fréquente, surtout lorsqu'une bonne thérapeutique fut instituée lors des premiers exa mens, révélateurs de l'activité ganglionnaire.

Plus tard encore, les ombres ne forment alors qu'un lacis net, et de place en place on remarque de grosse calcifications.

C'est la signature de la guérison. Mais il faut penser au réveil toujours possible du ganglion crétacé. Un malade de M. Méry meurt de méningite tuberculeuse ; à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion pulmonaire ; seule, la présence, au milieu du hile, d'un petit ganglion crétacé, montra le point de départ de l'essaimage bacillaire général.

Intérêt de la comparaison des images à ce troisième degré. — Ce stade de fragmentation est intéressant parce qu'au début de ce stade les signes physiques ne se sont pas beaucoup modifiés — et le début de la fragmentation est capable d'aiguiller le pronostic : une réaction de Besredka serait à cette époque également pleine d'intérêt.

Les signes généraux sont, eux aussi, soumis à des causes nombreuses d'erreurs ; à l'hôpital le médecin ne peut suivre facilement ces malades que les familles gardent volontiers près d'elles ; et telle perte de poids constatée lors d'une visite n'est peut-être le fait que d'une fatigue passagère et non une étape d'un amaigrissement progressif.

De même telle matité, qui, trois mois auparavant, était le fait d'une zone congestive autour d'un ganglion en activité, peut être aujourd'hui le fait d'un

début de sclérose au niveau de cette même région.

L'étude radiologique est capable dans *ces cas douteux* d'apporter des précisions et de permettre le pronostic précoce favorable.

Intérêt de cette comparaison à tous les degrés au point de vue du diagnostic même de la tuberculose du hile. — Au point de vue du diagnostic même des adénopathies tuberculeuses, la simple lecture des images radiologiques est capable de nous faire éliminer plusieurs affections qui prennent cliniquement la même physionomie que nos adénopathies.

Il existe en effet des formes de pneumonie décrites par Weil et Mouriquand qui donnent une zone de matité circonscrite, avec retentissement de la voix et respiration rude et à l'écran, une ombre se rapprochant de l'ombre triangulaire ; mais cette ombre a une base corticale, et elle disparaît, suivant de près la disparition des signes physiques.

Il existe, d'autre part, dans l'adénopathie trachéo-bronchique des réactions broncho-pulmonaires congestives péri-hilaires qui constituent des épisodes aigus décrits par M. Hutinel. Elles peuvent siéger à la partie moyenne des poumons, se traduire par du souffle et des râles fins et imposent presque le diagnostic de splénopneumonie. A l'écran, on constate un foyer d'ombres plus ou moins floues qui se confond par sa base avec l'ombre médiane au niveau du hile. Comment les séparer d'une adénopathie hilaire tuberculeuse en activité ? par la comparaison des signes cliniques et radiologiques.

En effet si les examens successifs montrent la persistance de cette ombre — et Sluka veut que ce soit là un des caractères principaux de l'adénopathie tuberculeuse — et si des examens stétoscopiques

nous montrent la persistance de la respiration rude et d'une matité, nous serons en droit de croire à la nature tuberculeuse du foyer constaté.

S'il est vrai que l'on puisse ainsi diagnostiquer les adénopathies hilaires tuberculeuses, et suivre leur évolution, on comprendra qu'il est de toute nécessité de pratiquer des examens cliniques et radiologiques en série — c'est *leur comparaison* qui permettra, avec des chances de succès, d'établir un pronostic rationnel.

Nous apportons un certain nombre d'observations où il nous fut possible d'appliquer cette méthode de comparaison.

Nous les avons groupées en 2 groupes selon l'évolution :

Dans le premier, nous avons réuni les processus de guérison, là où l'ombre d'abord floue, s'est fragmentée.

Dans le second nous avons groupé 3 cas de propagation du hile vers le sommet.

CHAPITRE II

L'ÉVOLUTION VERS LA GUÉRISON

Nous rappelons que ce groupe est, d'après M. Méry, celui qui renferme le plus grand nombre de cas.

Observation II. — Le Saul (Planches II et III).

L'enfant est examiné pour la première fois à l'âge de 14 ans. Enfant strumeux, présentant de l'ozène, de l'otorrhée; c'est un malingre, un tousseur, un adénoïdien et il est soigné depuis plusieurs mois pour des incidents aigus au niveau du cavum. Les signes cliniques fournissent le diagnostic d'adénopathie hilaire en activité.

A droite, on constate à la radioscopie une ombre hilaire très floue, triangulaire, à limites imprécises (fig. 2) ; cette ombre atteint le diaphragme. Il part pour Hendaye, y reste six mois et l'on constate une amélioration très minime des signes d'auscultation et de percussion, mais, radiologiquement on constate une ombre hilaire rétrécie. Le flou s'est comme resséré, condensé le long de l'ombre médiane et la partie de l'ombre qui atteignait le diaphragme se divise en traînées.

Le sommet reste clair.

L'état général est amélioré.

A 19 ans, cinq ans plus tard, il s'engage dans l'infanterie coloniale, et deux ans plus tard la radiographie donne l'image d'une fragmentation complète de l'ombre hilaire (fig. 4). L'ombre est maintenant ramifiée, les ramures noires atteignent le diaphragme et sur ces arborisations on remarque de nombreuses calcifications, dont quelques-unes sont du volume de pois.

Cliniquement, on constate la guérison complète.

Explication des planches II et III

Observation Le Saul

Figure 2. — A droite, ombre hilaire très floue, empâtée, sans limites nettes, triangulaire ; elle atteint le diaphragme.

Figure 3. — Après un séjour de six mois à Hendaye.
L'ombre est rétractée, diminuée, plus noire, la partie de l'ombre qui atteignait le diaphragme se divise en traînées distinctes opaques, à limites plus nettes.
Le sommet reste clair.

Figure 4. — Cinq ans plus tard.
Fragmentation complète de l'ombre hilaire, divisées en ramures noires. Sur ces arborisations on distingue des calcifications.

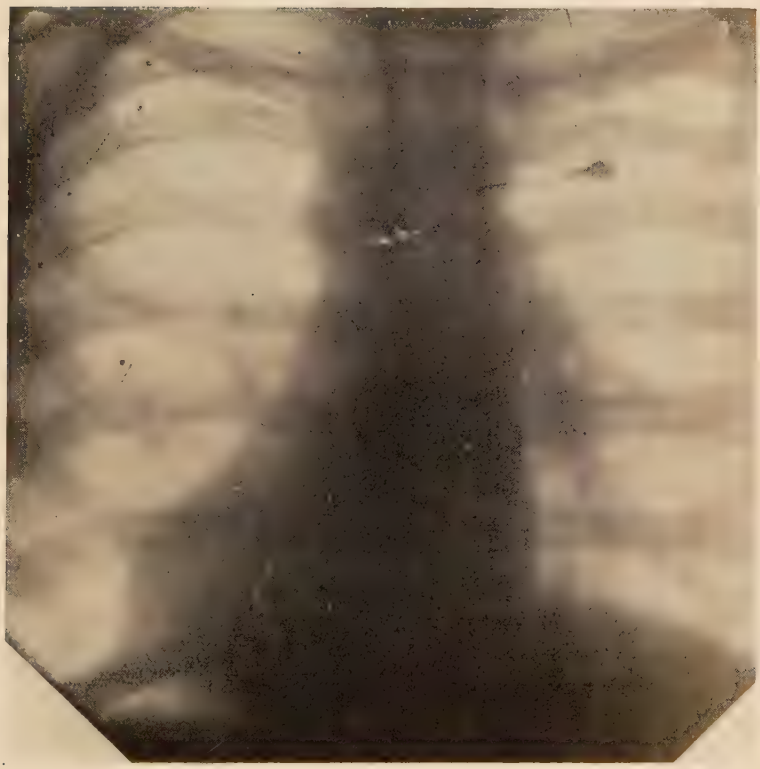
Gauche

Droit.

Cliché Détré.

FIG. 2.

Gauche.



Droit.

Cliché Détré.

FIG 3.

Droit.

Gauche

Cliché Detré.

FIG. 4.

Dans ce cas on a pu assister au processus de guérison en menant parallélement les examens cliniques et radiologiques qui se corroboraient, et l'on aurait pu prévoir, dès le retour d'Hendaye, la bonne évolution qui fut confirmée sept ans plus tard par une dernière série d'examens.

Observation III. — Georges A... Cet enfant rentre dans le service du Dr Méry en décembre 1913, âgé de 5 ans, pour toux et amaigrissement. Il n'a pas d'antécédents graves à signaler sinon une congestion pulmonaire à l'âge de 2 ans. Enfant pâle et amaigri. pas de circulation veineuse collatérale.

En avant, à gauche : une grosse matité dans la région sous-claviculaire gagnant le sommet, descendant jusqu'au mamelon et allant du sternum au rebord du grand pectoral.

Cette matité s'accompagne d'une diminution des vibrations vocales et de quelques râles sibilants en arrière.

A droite : la sonorité est normale ; respiration un peu rude en avant.

Température normale.

Le 12 décembre, le matité diminue en étendue et se localise dans la région du premier espace gauche, à égale distance de l'aisselle et du sternum.

Le 18 décembre, elle revient vers le hile de plus en plus.

A cette date, l'examen radiologique (planche IV) montre à gauche, une ombre transversale dirigée du hile vers l'aisselle ; toute la région hilaire est floue, empâtée. Les contours de l'ombre transversale gauche sont eux-mêmes flous (fig. 5). L'enfant sort de l'hôpital, le 4 janvier 1914, amélioré. Des examens radiologiques effectués en 1914 montrent la régression de l'ombre et la persistance de l'amélioration clinique fournit un élément de pronostic favorable.

Notons que selon M. Méry les variations de l'image aux examens successifs, la bande scissurale se rapprochant du premier type d'ombre triangulaire est un bon élément de diagnostic pour différencier cette réaction scissurale interlobaire autour d'un ganglion d'une véritable pleurésie interlobaire.

DESCRIPTION DE LA PLANCHE IV

Observation III

Fig. 5 (1re radio 1913). — A gauche ombre transversale suivant la scissure étendue du hile à l'aisselle, floue. — Grosse matité parasternale gauche. — Rudesse respiratoire. — Amaigrissement.

Fig. 6 (2e radio) sept ans plus tard. — A gauche, lacis étendu d'ombres hilaires. — Arborisations partant du hile. — L'une au niveau de la scissure et sur elle 1 calcification sur la 4e côte — reste sans doute de l'interlobite de 1913 (on voit peu ici cette arborisation et sa calcification, elle était très nette à la radioscopie). — Guérison clinique.

Gauche.

Droit.

Fig. 5.

Droit

Gauche.

Fig. 6.

Depuis 1915, l'enfant se porte bien. Il va à la campagne trois mois chaque année. Un seul incident en 1916 : la grippe. Il est envoyé pour une longue période à la campagne, nous le revoyons nous-mêmes en 1921.

Il a 13 ans, est robuste, en très bonne santé.

Les signes stétoscopiques confirment cette bonne impression. On constate seulement une différence d'amplitude respiratoire, et, fait singulier, au profit du côté gauche primitivement touché.

La radiographie montre à gauche une ombre hilaire bien distincte et qui forme un lacis un peu plus étendu que d'habitude et enchevêtré ; en particulier au niveau de son pédicule inférieur gauche répondant à la base du cœur, on remarque un enchevêtrement avec trois petites calcifications peu foncées.

Arborisation sur la clavicule, habituelles, nettes, distinctes.

Sur l'une de ces arborisations qui traverse le champ pulmonaire jusqu'au creux de l'aisselle et qui répond sans doute à la scissure, on distingue une calcification distincte, noire, du volume d'un grain de chénevis, répondant à la 4e côte. On peut dire que cette arborisation est le reste de la réaction scissurale de 1913. Les calcifications montrent bien la guérison confirmée par l'examen clinique (fig 6).

En résumé l'enfant Georges All. présentait une adénopathie hilaire active avec réaction de voisinage au maximum et signes physiques nets et persistants. La résolution vers la guérison s'est faite progressivement, put être suivie par des examens successifs, cliniques et radiologiques, et l'on est en mesure, huit ans plus tard, d'affirmer par une dernière comparaison de la clinique et de la radioscopie, la guérison totale du sujet.

Observation IV. — Michel Vil.

Le malade entre salle Gillette le 13 mai 1919, âgé de 8 ans bons antécédents héréditaires.

A 2 ans, rougeole et coqueluche.

A 4 ans, fièvre muqueuse ; depuis ce temps une bronchite chaque hiver.

La maladie actuelle remonte à un mois ; elle a débuté par de la fièvre et de la toux, puis l'amaigrissement survint.

A l'entrée dans le service du Dr Méry, on constate que la matité s'étend dans le premier et le deuxième espace intercostaux droits, soit quatre travers de doigt à droite du sternum.

Le sommet droit est sonore.

En arrière, légère zone de submatité à la partie interne de la fosse sus-épineuse.

A l'auscultation, la respiration est diminuée et soufflante dans la zone mate avec retentissement de la voix et signe de d'Espine, sans râles.

L'état général est peu satisfaisant : amaigrissement, pâleur, adénopathies cervicale et axillaire.

L'intra-dermo réaction est positive.

L'examen radiographique montre une ombre transversale à droite, dont la base se confond avec la région hilaire et qui atteint par l'extrémité externe le bord de l'aisselle. Cette ombre suit la scissure. Cette ombre est floue.

L'enfant est revu le 6 décembre 1919. L'état général est bon, mais les signes physiques persistent. On distingue même de petits râles dans la fosse sous-épineuse, à gauche, à l'expiration.

Le 5 mars 1920, ces bruits adventices ont disparu, cependant *la matité droite persiste* et l'enfant a perdu 1 kilo.

Le 18 août 1921, l'état général est bien amélioré. Depuis deux hivers l'enfant ne tousse plus. Il va à la campagne régulièrement trois mois chaque année. Augmentation progressive de poids.

A droite : on constate toujours la présence de *la matité parasternale droite.* A ce niveau *la respiration est rude* et soufflante.

La radioscopie donne un résultat intéressant : les ombres hilaires sont encore conglomérées, à droite, cependant, on constate *un début de fragmentation* de ces ombres. Cette dissociation est dirigée vers l'aisselle suivant la scissure probablement ; on y distingue des calcifications disposées en patte d'oie.

Voici donc un enfant qui conserve au bout de deux ans les mêmes signes stétoscopiques au niveau

du hile droit ; on remarque seulement *par la comparaison des examens cliniques successifs* une amélioration de l'état général.

Que conclure du point de vue du pronostic ? le *début de la fragmentation aiguille notre pronostic* vers des conclusions optimistes — et le fait que cet enfant n'ait plus aucun incident pulmonaire aigu — qu'il conserve son bon état général — confirme cette conclusion.

Nous assistons au début de sa guérison et nous voyons que ce progrès fut atteint lentement.

Une surveillance doit toujours être établie, car les signes cliniques et la conglomération des ombres indiquent bien encore un processus hilaire, qui s'éteint sans doute, mais capable de se réveiller brutalement à l'occasion d'une affection intercurrente.

Remarque sur l'évolution des tuberculoses osseuses

Radiologiquement, on peut comparer le processus de guérison des adénopathies hilaires tuberculeuses, que nous venons d'étudier, au processus de la guérison des tuberculoses osseuses.

M. Sorrel (*Presse médicale*, 5 janvier 1921) a en effet montré que le « flou » était la caractéristique des images radiologiques des tuberculoses osseuses en évolution, et que leur condensation, leur limitation indiquait le stade de réparation. C'est ce que nous avons pu observer chez Le Saul (observation II).

Il s'exprime ainsi :

« Les extrémités osseuses ulcérées en train de se résorber ne donnent pas d'images nettes à la radio-

grathie. Les contours sont flous, mal limités, et c'est ce qui fait, radiographiquement, la caractéristique de cette période anatomique.

A la phase de réparation, on note l'apparition d'un liseré sombre, noir, qui contraste avec les limites indécises que nous avons vues à la période précédente.

Selon M. Ménard, ce sont des « lésions en deuil » et cette limitation des lésions est pathognomonique de ce stade de réparation. »

CHAPITRE III

L'ÉVOLUTION VERS LA PROPAGATION AU SOMMET

Nous avons vu, en étudiant notre premier groupe d'observations, qu'il était possible de suivre ces adénopathies d'abord actives, puis lentement régressives jusqu'à leur extinction.

Une deuxième évolution est possible : celle d'un essaimage des bacilles tuberculeux dans l'organisme à partir du foyer hilaire. Il y a dissémination et localisation sur les méninges ou le péritoine.

L'observation I montre une fillette morte de péritonite dans l'année même où fut diagnostiquée une adénopathie hilaire tuberculeuse.

Mais ces adénopathies peuvent aussi continuer leur activité, ou même se réactiver (Sluka a vu ces réactivations par la rougeole, M. Méry par la grippe) et cette phase d'activité se traduira par des symptômes de foyer. Cette réaction ganglionnaire pourra gagner de proche en proche le tissu sous-pleural, les gaines lymphatiques, le parenchyme.

Nous avons réuni 3 cas où cette infiltration du sommet à partir d'un processus hilaire actif et primitif est bien mis en lumière.

Cette propagation est rare : d'où la difficulté d'apporter des observations où des examens cliniques et radiologiques en série font la preuve de cette évolution.

Observation V. — Br..., âgé de un an.

Cet enfant tombe malade en décembre 1912.

On constate une adénite cervicale volumineuse, e quelques poussées fébriles ; quelques jours plus tard le médecin traitant trouve des râles de bronchite, puis une matité de la base droite ; il pense à une pleurésie. M. Méry est appelé en consultation, il constate : de la submatité dans la partie interne de la fosse sous-claviculaire droite.

L'enfant est pâle, amaigri, fébricitant, on porte le diagnostic d'adénopathie hilaire en activité.

Pendant tout le mois de janvier les signes de percussion à la base droite disparaissent et réapparaissent alternativement. L'enfant part à Cannes le 1er février, et le médecin conclut au bout de trois mois de séjour ; « enfant arrivé à Cannes avec bronchite étendue à droite autour d'un sommet suspect, respiration soufflante, matité s'étendant jusqu'à la fosse sous épineuse, bronchophonie, toux quinteuse, fièvre dépassant 39°5 le soir. Au mois d'avril, la matité s'est limitée à la partie externe de la fosse sus-épineuse et à la région sous-claviculaire avec grande persistance en ces deux points, dans les mêmes régions, rudesse inspiratoire et bronchophonie ; plus de signes fonctionnels. Signes persistants paraissant liés à une grosse adénopathie trachéo-bronchique avec réaction de voisinage ».

Le 8 mai, M. Méry revoit l'enfant ; l'état général est bon ; la submatité n'est pas très prononcée dans la région sous-claviculaire, aucun râle, respiration soufflante.

La radiographie montre alors, à cette même date, 9 mai 1913, une large zone opaque, étendue de l'ombre médiane jusqu'à l'aisselle droite, suivant probablement la scissure. Son bord inférieur est net ; son bord supérieur, flou, s'estompe, et se dégrade en recouvrant le sommet droit qu'il obscurcit dans sa plus grande partie (Planche V).

Voici donc un enfant qui fait en décembre 1912 une poussée active d'anédopathie hilaire. L'état est alarmant ; quatre mois après on constate une grande amélioration clinique ; or la radio montre toujours l'état actif de la région hilaire, la réaction péri-ganglionnaire demeurant au maximum.

Par la comparaison de ces deux examens il est sage de formuler un pronostic réservé et de croire que les signes physiques ne vont pas poursuivre leur amélioration ; en effet, l'observation est reprise en 1914 :

On constate la *persistance de la matité* à la partie interne de la région sous-claviculaire droite, juxta sternale. *La respiration est rude* au sommet droit, et cependant l'état général est satisfaisant.

Comme on le voit, état toujours actif, malgré un intervalle de deux ans passé à la Baule.

L'enfant est revu en 1919 ; on constate une *poussée bacillaire évolutive du sommet droit.*

L'état général est mauvais, fièvre et perte de poids.

A ce moment, *le radio montre* (Planche V).

La persistance à droite de la gangue floue qui empâte la région hilaire. De cette gangue portent des travées, en éventail, vers l'aisselle et le sommet. Ces travées divisent le champ pulmonaire du sommet, qui entre elles apparaît obscur, avec même un léger aspect en mie de pain.

Cette observation nous montre bien nettement l'envahissement progressif, constaté cliniquement et radiologiquement, du sommet à partir d'une activité hilaire tuberculeuse primitive ; elle nous montre encore que l'on pouvait prévoir dès 1914, cette évolution, par la comparaison des examens, et que c'eut été une erreur de fonder un pronostic à nuance favorable par la seule considération du bon état général.

La rudesse respiratoire persistante et la matité persistante, coexistant avec une image floue, en dépit d'un traitement hygiénique, devait faire craindre la propagation bacillaire dûment constatée quatre ans plus tard.

Observation VIII. — Juliette D..., âgée de 11 ans, est examinée le 20 mars 1919, à l'Hôpital des Enfants-Malades.

EXPLICATION DE LA PLANCHE V

Observation V. — Br.

FIGURE 7, première radio, faite en 1913, Br., âgé de 7 ans.

Il revenait d'un séjour prolongé à Cannes, motivé par une bronchite grave.

A son retour, maximum de signes physiques, matité parasternale droite et rudesse respiratoire.

Cette image : ombre massive étendue du hile droit, jusqu'à l'aisselle. La limite inférieure très nette. La limite supérieure plus floue. Le sommet légèrement voilé.

L'opacité de l'ombre est telle qu'on a pensé à un kyste hydatique.

FIGURE 8, deuxième radio, faite six ans plus tard, alors que les signes cliniques d'activité bilaire persistèrent toujours dans l'intervalle.

Aujourd'hui : signes de tuberculose du sommet.

L'image : disparition de l'interlobite. Mais assombrissement de tout le lobe supérieur du poumon, l'ombre étant maxima à la partie interne des régions sus et sous-claviculaires, et d'autre part suivant la base du lobe supérieur. Deux travées d'ombres partent du hile vers le sommet et vers l'aisselle.

Droit.

Gauche.

Cliché Létré.

Fig. 7.

Gauche.

Droit.

Cliché Létré.

Fig. 8.

C'est une malingre ; elle tousse fréquemment, elle a eu de nombreuses bronchites ; actuellement un peu de fièvre chaque soir et perte d'appétit.

A la percussion, on ne remarque rien d'anormal à droite ; mais à gauche, une matité très nette dans le deuxième espace intercostal, s'étendant jusqu'au première espace, et en dedans, jusqu'à 2 centimètres du bord gauche du sternum.

A l'auscultation : à droite et en arrière, expiration prolongée ; en avant : respiration normale.

A gauche et en arrière, on constate une *respiration rude*.

En avant : affaiblissement marqué du murmure vésiculaire et signe de d'Espine.

M. Méry fait le diagnostic d'adénopathie hilaire gauche, en état d'activité, et de nature bacillaire.

La radiographie (Planche VI) (mars 1919) montre à cette époque une ombre verticalement allongée allant du hile jusqu'au sommet gauche, en forme de gros pinceau flou ; cette ombre respecte la transparence de la partie externe du champ pulmonaire. On remarque que, contrairement aux cas banaux, la gangue opaque remonte très haut vers le sommet, sans se dégrader, restant homogène du hile au sommet (figure 9).

L'enfant part à Hendaye, y reste six mois : aucune amélioration n'est notée.

Elle est revue deux ans plus tard, en août 1921 ; elle a 14 ans, elle a conservé son aspect chétif, son thorax s'est peu développé ; cependant, à part quelques bronchites, elle n'eut point d'affections aiguës, ni rougeole, ni grippe.

Dans le premier semestre de 1921, son poids ne s'est pas modifié.

A gauche, en avant : on constate *une matité parasternale* très nette et une respiration soufflante.

En arrière : une submatité au niveau de la région paravertébrale gauche, et *une respiration soufflante et rude*. On distingue nettement *quelques frottements* au niveau de la fosse sous-épineuse.

Nous pensons que l'activité hilaire ne s'est point ralentie et qu'il existe un certain degré de pleurite au niveau du sommet.

La radio faite à cette date, montre une image intéressante. La région hilaire présente une large zone floue ; et de

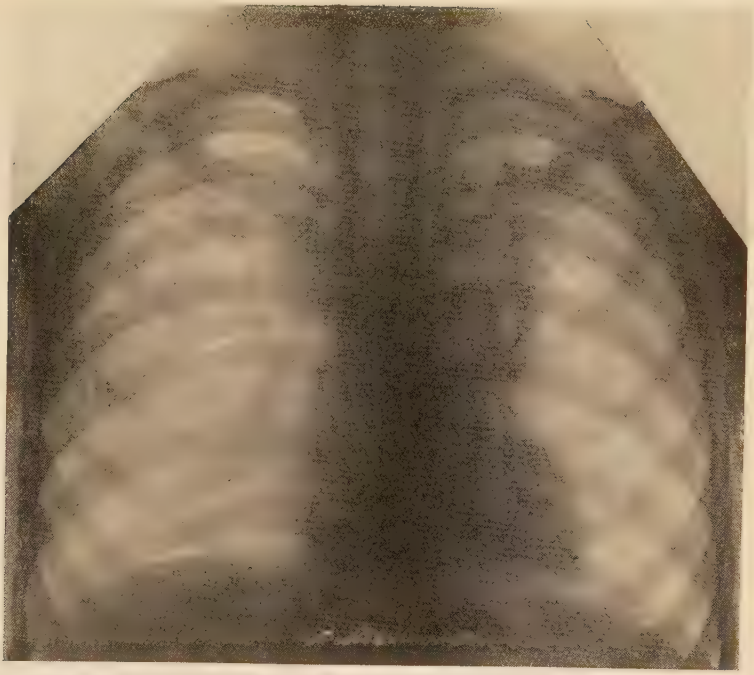
EXPLICATION DE LA PLANCHE VI

Observation VI. — Juliette D...

Fig. 9. — 1re radiographie faite à 11 ans 1/2 = faisceau d'arborisations hilaires, étendu du hile gauche jusqu'au sommet dont il obscurcit la moitié interne, et s'enfonçant très haut dans ce sommet ; l'ombre verticale qui en résulte contraste avec la transparence du reste du champ pulmonaire.

Fig. 10. — 2e radiographie faite à 14 ans, alors que l'état général était médiocre et nullement modifié par un séjour à Hendaye de 6 mois. Expectoration de bacilles. Obscurcissement de tout le lobe supérieur gauche, 2 zones plus sombres, l'une correspondant toujours à la moitié interne du sommet ; l'autre correspondant en apparence à la scissure, aspect de travées sombres partant du hile et couvrant le sommet. Quelques nodosités floues parsèment cette zone obscure.

Droit.

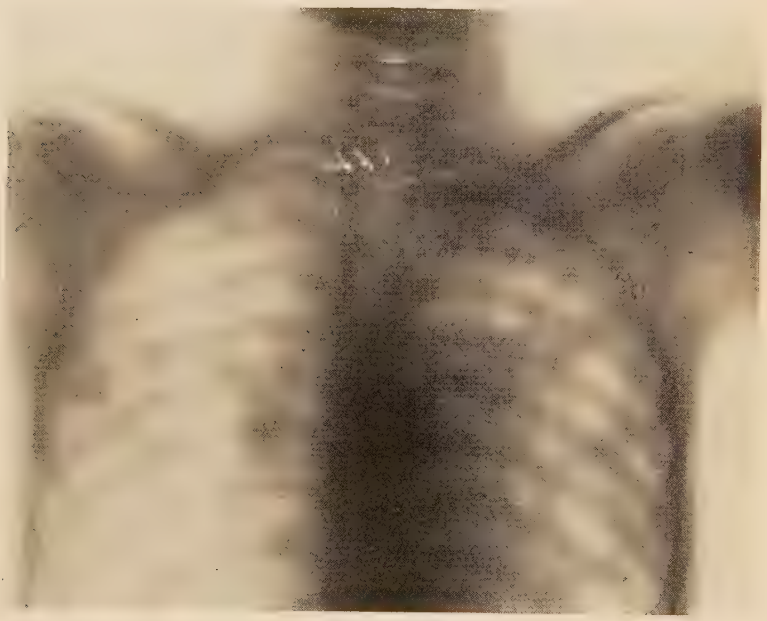


Gauche.

Cliché Maingot.

FIG. 9.

Droit.



Gauche.

Cliché Dûré.

FIG. 10.

cette région s'échappent des pinceaux d'ombres floues : l'un remonte le long de l'ombre médiane et rend le tiers interne du champ très opaque ; deux autres traînées d'ombre se dirigent en dehors et en haut et atteignent l'aisselle.

Entre ces ombres mêmes, le parenchyme apparaît, obscurci, ce qui est peut-être le fait d'une pleurite du sommet : on se souvient en effet des frottements constatés (figure 10).

Un examen clinique fait quatre mois plus tard, montra un affaiblissement marqué de l'état général, une perte de poids.

On constata *la fixité de la matité gauche et de la respiration rude.*

De plus, un examen des crachats révéla 3 ou 4 bacilles par champ.

Ce dernier examen confirma donc l'évolution qu'avait fait prévoir la comparaison attentive des examens antérieurs ; nous avions en effet porté en août 1921, un pronostic grave ; et si M. Méry en 1919 avait pu faire le diagnostic précoce de l'adénopathie hilaire tuberculeuse, simplement par la rudesse respiratoire et la matité parasternale, nous pûmes deux ans plus tard par la constatation de l'envahissement du sommet par les travées issues du hile, et par la *comparaison des images et des signes cliniques*, faire le diagnostic précoce de la propagation du sommet et affirmer l'évolution future très défavorable de la maladie.

Observation IX. — Lucile N..., 8 ans 1/2.

A eu la rougeole et la coqueluche en 1919. Depuis elle est mal portante, elle tousse fréquemment, a des poussées fébriles le soir. Le médecin traitant constate en ce moment chez cette fillette amaigrie et fiévreuse :

De la matité sous la clavicule droite ;

De la submatité dans la fosse sous-épineuse droite ;

Des râles humides sur la clavicule et dans l'aisselle.

Le 2 juin 1920, l'enfant est vue par M. Méry qui constate de *la matité parasternale droite avec rudesse de la respiration* sous la clavicule, de ce même côté.

Pas de râles.

EXPLICATION DE LA PLANCHE VII

Observation VII. — Lucile N.

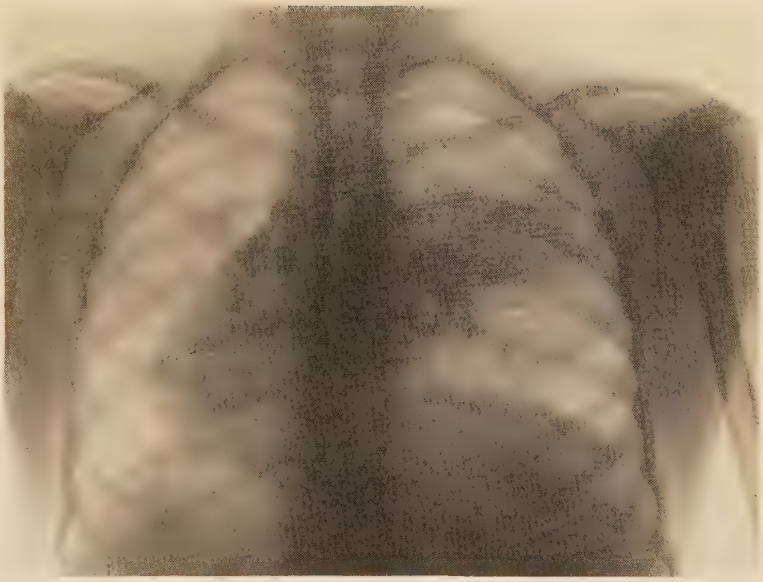
Fig. 11. — Première radio faite à 8 ans 1/2 montre au hile droit une ombre triangulaire empâtée atteignant l'aisselle limitée vraisemblablement par la scissure et d'où émergent des ombres pédiculaires inférieures et supérieures floues et empâtées elles-mêmes.

Signes cliniques de l'adénopathie hilaire tuberculeuse en activité : rudesse respiratoire indiquée, matité parasternale, et fièvre.

Fig. 12. — Deuxième radio faite 1 an 1/2 plus tard. Persistance de la seule rudesse respiratoire ; état général très bon. L'image montre à droite : masse conglomérée opaque, au niveau du hile, occupant deux espaces intercostaux. Le sommet de cette masse triangulaire pointe vers l'aisselle droite. La limite inférieure nette correspond sans aucun doute à la scissure — au sein de cette ombre : grosse calcification coralliforme.

Les arborisations qui se détachent de cette ombre atteignent le sommet et s'y ramifient, donnant un aspect moucheté rappelant celui de la tuberculose fibreuse de l'adulte. Tout le sommet est obscurci, recouvert par ces ramifications issues du hile. Cette image montre bien la cicatrisation du processus hilaire et son extension au sommet.

auche.

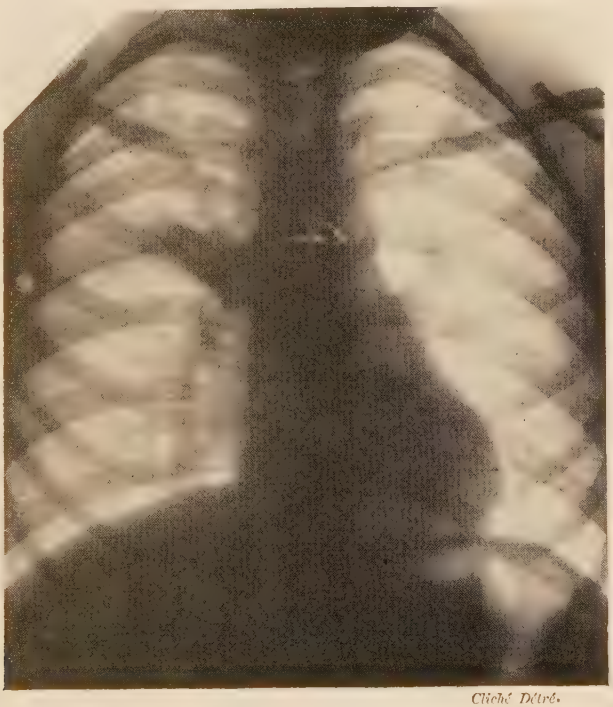


Droit.

Cliché Desmoulins.

FIG. 11.

Droit.



Gauche.

Cliché Détré.

FIG. 12.

En arrière : Submatité paravertébrale droite.

Retentissement bronchophonique de la voix.

La radiographie (Planche VII) (figure 11) montre le champ pulmonaire droit assombri par une ombre triangulaire, largement étalée suivant la scissure, la base de l'ombre repose sur l'ombre médiane, le sommet touche la limite externe du thorax.

Elle est déchiquetée, mais floue, en pleine région hilaire ; la masse grise est homogène et on ne reconnaît aucune ramification. Sur les bords, cette masse centrale hilaire se désagrège et envoie vers le sommet, vers l'aisselle, et vers le diaphragme des pinceaux d'ombres floues. On ne voit aucune calcification.

Le processus hilaire est en pleine activité.

Le sommet droit est un peu plus obscur que le gauche.

On établit un pronostic réservé, par la comparaison de cette image et des signes cliniques.

L'enfant part au préventorium de Plessis-Robinson, y reste tout l'été de 1920. Son état est bien amélioré. L'hiver 1920 se passe sans affections aiguës, sans rhumes ; le poids augmente progressivement.

Nous la voyons en novembre 1921.

On constate un très bon état général, bon appétit, augmentation régulière du poids.

A première vue, il semble qu'on puisse parler de guérison.

Cette vue est fortifiée par l'examen clinique qui donne :

En avant, une très légère élévation de tonalité à droite ;

En arrière et à droite, une très légère différence de tonalité et *une rudesse respiratoire.*

Or la radio montre à cette époque, à droite (figure XII) :

Une masse conglomérée, triangulaire, dont la base tient à l'ombre médiane. Cette masse compacte, très noire, occupe deux espaces intercostaux et dirige son sommet vers l'aisselle.

La limite inférieure très nette correspond sans aucun doute à l'interlobe.

Au sein de cette ombre, on aperçoit une grosse calcification coralliforme et c'est de son bord inférieur que se détache le pédicule droit inférieur avec le renforcement nodulaire habituel.

Du bord supérieur de ce noyau opaque se détachent des

traînées grises, s'éparpillant en éventail ; elles envahissent la totalité du sommet, qui, à travers eux, apparaît taché et très obscurci. Cet aspect rappelle l'image de la tuberculose fibreuse de l'adulte, il paraît donc qu'il y ait à ce niveau un processus bacillaire en évolution. La réaction de Besredka est positive.

Cet aspect du sommet et la similitude avec les images de Br. (pl. V) et de Juliette D. (planche VI) nous obligent donc à réserver notre pronostic et à ne pas considérer Lucile N. comme guérie. Nous considérons qu'elle est en période d'évolution bacillaire silencieuse, et que ce processus a bien eu, là encore, son point de départ au niveau du hile.

La clinique nous donne un seul signe qui cadre bien avec cette image radiologique : *La rudesse respiratoire*, constatée en 1920, et persistante jusqu'en novembre 1921 — et ceci montre que l'importance attachée par Grancher et M. Méry à ce signe pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire est bien une réalité clinique.

Les signes stétoscopiques nous montrent aussi qu'il n'existe plus, au niveau du hile, qu'une légère submatité dans la région paravertébrale. Or nous voyons que l'ombre hilaire, en 1921, est diminuée et qu'elle présente cette fragmentation caractéristique des processus de guérison — cette netteté des limites et cette opacité — L'ombre de 1919 s'est condensée, et même calcifiée en son centre = ce qui explique la discrétion des signes à l'auscultation et la seule persistance de la submatité au niveau de cette masse qui se cicatrise.

Par la comparaison de ces deux séries d'examens cliniques et radiologiques nous arrivons donc aux conclusions suivantes dont on reconnaîtra l'évidente importance pronostique :

1° Constatation d'un foyer hilaire en régression ;

2° Constatation d'une propagation vers le sommet, propagation que l'état général n'indiquait pas, et que les signes physiques trop fins, n'indiquaient pas assez pour éveiller l'attention.

Nous sommes là en présence d'une poussée silencieuse de bacillose au niveau du parenchyme pulmonaire que dès la première radio de 1920 nous pouvions craindre — en nous rappelant les images semblables chez des malades qui furent plus tard des tuberculeux avérés, et qu'une deuxième radio nous suggéra plus précisément.

Il nous fut malheureusement impossible de recueillir des crachats aux fins d'examens, *mais la réaction de Besredka fut positive*, ce qui confirmerait notre conclusion de poussée bacillaire au début.

Il nous fut possible de revoir l'enfant trois mois après la dernière radio ; elle conservait toujours la rudesse respiratoire, signe cadrant bien avec notre hypothèse.

Quelles conclusions pratiques peut-on tirer de ces trois observations ?

1° D'abord qu'il existe vraiment une tuberculose pulmonaire propagée du hile au sommet ; 3 images montrent en effet à une époque déterminée un processus hilaire actif. Le sommet légèrement voilé ne révèle cependant aucun signe d'atteinte bacillaire.

La clinique confirme ce diagnostic radiologique. Quelques années plus tard, deux ans dans 2 cas, quatre ans dans le troisième cas, nous obtenons 3 nouvelles images, chacune montrent des travées floues joignant le hile au sommet : celui-ci montre

des signes radiologiques d'infiltration tuberculeuse. Le point de départ hilaire vers le sommet est évident.

2° Ces 3 cas montrent encore qu'il est possible d'établir précocement le diagnostic de cette évolution.

Dans ces 3 cas les signes physiques étaient nets sans doute, mais discrets : leur persistance seule, persistance de la matité et de la respiration rude, devait tenir notre attention éveillée ; ils ne révélaient point une infiltration du sommet, nous ne notâmes aucun sous-crépitant, aucun craquement ; seuls chez Juliette D. (observation VI) des frottements nous indiquaient la participation de la plèvre.

Cette discrétion fut encore plus évidente pour les signes généraux : Br. (observation V) en 1916 montre un état général satisfaisant ; Juliette D. (observation VI) en août 1921 ne maigrissait point encore et ce n'est que cinq mois plus tard, cinq mois après la deuxième radio, que l'atteinte de l'état général nous parut décisive.

Quant à Lucile N. (observation VII) elle conserve l'apparence de la bonne santé, et augmente régulièrement de poids.

Or leurs 3 dernières images nous montrent une même extension du processus hilaire au sommet et on constata quelque temps plus tard, la bacillose du sommet chez Br., des bacilles dans les crachats de Juliette et un Besredka positif chez Lucile.

Cliniquement donc, rien ne nous autorisait à porter sur ces 3 cas un mauvais pronostic *mais la comparaison des images et des examens, en nous permettant de l'affimer pour Br. et Juliette, nous le fait craindre pour Lucile.*

CHAPITRE IV

DIFFICULTÉ D'ÉTABLIR UN PRONOSTIC PRÉCIS

L'observation précédente de Lucile N. nous montre combien il est embarrassant d'établir un pronostic précis de l'évolution de la tuberculose ganglio-pulmonaire.

La ressource de nos comparaisons d'examens nous fut utile dans ce cas et nous avons conclu à une propagation probable du processus hilaire au sommet.

L'observation suivante nous montrera que cette ressource même fut impuissante à nous donner des précisions sur l'évolution, et nous instruira mieux que toute considération théorique, de la difficulté de ces diagnostics délicats d'adénopathie hilaire et de l'interprétation de leur évolution.

Observation X. — Marie-Louise P.

Neuf ans ; l'enfant est examinée par M. Méry, le 21 mars 1919 : Bons antécédents héréditaires ; une rougeole, une coqueluche ; l'enfant tousse chaque hiver ; depuis six mois son état général inquiète ses parents, elle s'amaigrit, n'a pas d'appétit.

A la percussion on constate :

En avant, *une matité* rétrosternale débordant à droite, et *une élévation parasternale gauche* au niveau du deuxième espace.

A l'auscultation en avant :

Respiration soufflante à gauche et retentissement de la voix haute au niveau du deuxième espace.

EXPLICATION DE LA PLANCHE VIII

Observation VIII. — Marie-Louise P.

FIGURE 13. — Première radio faite à neuf ans.
Montre à droite : un obscurcissement de tout le sommet droit.
Un ombre hilaire floue.
Signes physiques d'adénopathies hilaires bilatérales.

FIGURE 14. — Deuxième radio. Faite deux ans et demi plus tard, après de nombreux séjours à la campagne.
Les signes physiques n'ont pas changé, et montrent une activité hilaire plus marquée à gauche qu'à droite.
L'image montre à droite : un lacis d'ombres hilaires accentuées, l'envahissement du sommet droit par ces arborisations qui s'entrecroisent et rejoignent une grosse calcification à contours déchiquetés.
Cette image peut être interprétée comme un processus cicatriciel parenchymateux ou pleural important dont l'évolution passa inaperçue.

'he.

Droit.

Cliché Desmoulins.

FIG. 13.

Droit.

Gauche.

Cliché Détré.

FIG. 14.

A l'auscultation en arrière :

A droite une diminution de la respiration.

A gauche : une respiration soufflante.

Quelques râles sous-crépitants fins, dans la partie interne de la fosse sous-épineuse, retentissement de la voix dans la région du hile.

Cet examen montre une activité hilaire bilatérale mais plus importante à gauche.

Or la radiographie montre une image plus chargée à droite.

A droite : tout le champ pulmonaire est obscurci, l'ombre hilaire large est floue, enchevêtrée.

A gauche : une ombre hilaire déborde un peu l'ombre cardiaque, floue (Planche VIII, fig. 13).

L'enfant est revue le 21 juin 1921, deux ans et demi plus tard ; l'état général est satisfaisant. Cependant elle est fatiguée, toujours malingre ; augmentation régulière du poids ; elle ne tousse pas.

Nous constatons de la rudesse respiratoire à gauche et les signes de matité sont restés les mêmes qu'il y a deux ans et demi.

En arrière, à l'auscultation, quelques craquements au niveau des deux fosses sus-épineuses sont les seuls signes nouveaux constatés.

Et M. Méry de conclure : *pas de changement sensible des signes cliniques* ; il nous fait remarquer l'intérêt de cette persistance.

Or, la radioscopie (août 1921) *donne une image absolument différente de celle de 1919*. Nous allons tenter de l'interpréter (figure 14).

La première montrait un obscurcissement diffus de tout le champ droit avec des ombres hilaires floues, mais aucune calcification sus-claviculaire. Elle pouvait être interprétée comme une réaction congestive autour du hile droit en activité, bien que les signes cliniques localisent une plus grande activité au hile gauche.

Celle-ci, faite deux ans et demi plus tard, montre un lacis d'ombres hilaires accentuées, arborisées ; le

sommet droit est envahi par ces arborisations, elles s'y entre-croisent, et rejoignent une grosse calcification à contours déchiquetés, de la dimension d'une ancienne pièce de 1 franc.

Cette image peut être interprétée comme un processus cicatriciel parenchymateux ou pleural important et elle contraste avec la transparence parfaite du champ pulmonaire gauche.

On découvre ici, par la radiographie, un processus du sommet que n'avait pu faire prévoir ni la première image, ni les examens cliniques.

Quelle interprétation peut-on donner de tels faits à l'aide de la comparaison de nos examens ?

S'agit-il d'un processus du sommet d'emblée, distinct, actif, puis éteint ? on est étonné dès lors, de la discrétion des signes cliniques qu'il donna.

Y a-t-il continuité de ce processus du sommet avec l'adénopathie hilaire active ? On voit en effet des ramifications joindre le hile et la grosse calcification ; dans ce cas notre observation se rapprocherait de notre second groupe d'observations de propagation hilaire au sommet.

Mais chez Marie-Louise P... on n'assista pas comme chez Juliette D... ou Lucile N... au stade hilaire actif, primitif.

On pourrait donc invoquer, en se limitant aux données des deux radios, — et M. Détré nous suggérait cette opinion, — une interprétation de ce cas le ramenant à la banale germination du sommet telle qu'on l'observe chez l'adulte, suivie de cicatrisation.

Ces remarques nous prouvent qu'il est des cas où la comparaison attentive des divers examens radiologiques et cliniques ne peut donner une réponse nette.

Cependant on est en droit de tirer cette conclusion,

au point de vue du pronostic, — et c'est le but de notre travail — que celui-ci doit être réservé et que la persistance des signes physiques de rudesse et de matité comparée à une image hilaire encore chargée, donne l'opinion légitime d'un processus resté actif.

A ce sujet, nous nous rappellerons que l'*évolution lente* et *la persistance des signes* de matité et de rudesse sont les deux signes caractéristiques que donne M. Méry des adénopathies hilaires tuberculeuses.

CONCLUSIONS

I. La comparaison des examens cliniques et radiologiques effectués en séries chez un même sujet permet de préciser le diagnostic précoce de l'adénopathie hilaire tuberculeuse, de suivre les évolutions possibles de cette adénopathie, et d'établir même, dans certains cas, le pronostic précoce de telle évolution.

II. Les dernières investigations radiologiques chez les enfants porteurs d'adénopathie trachéo-bronchique montraient dans presque tous les cas des ombres médiastines et hilaires dont l'interprétation devenait, par cette fréquence même, embarrassante.

III. Les travaux de ces dernières années, ceux en particulier accomplis ou dirigés par M. Méry, ont permis de distinguer :

a) *A un premier degré* :

Des ombres ramifiées, distinctes, de signification banale ;

b) *A un deuxième degré* :

Des ramifications enchevêtrés et floues, ou même empâtées dans une gangue qui semble déborder le médiastin (hémidisque marroné — triangle paritant vers l'aisselle et paraissant l'amorce d'une scissante, — fusée le long d'un des pédicules = sont autant d'aspects particuliers).

A ces aspects hilaires correspondent des ombres médiastines également floues et empâtées.

Dans des cas semblables, M. Méry, à la suite de Guéneau de Mussy, a montré que l'examen clinique dominé par la recherche des *signes de percussion* (matités parasternale et paravertébrale) et de *la rudesse respiratoire persistante*, permettait d'établir le diagnostic précoce de ces adénopathies hilaires à images radiologiques floues.

Ces signes cliniques et radiologiques correspondent donc à des adénopathies hilaires actives, ordinairement tuberculeuses. On les a comparés aux processus d'adénopathie cervicale avec péri-adénite.

c) *A un troisième degré* :

Des ombres nettes et distinctes, plus étendues que dans le premier degré et renforcées de calcifications plus ou moins volumineuses. Ces calcifications sont les stigmates indélébiles de la tuberculose guérie ; on les a comparées ainsi que les arborisations nettes autour desquelles elles se groupent, au liséré des lésions de tuberculose osseuse au stade de réparation.

IV. — Ce n'est que dans les cas rares qu'il a été possible jusqu'ici de suivre l'évolution de ces images et des signes cliniques correspondants chez un même sujet. Nous en rapportons ici plusieurs observations.

En raison peut-être de cette rareté, s'il est relativement aisé de reconnaître les cas du premier degré et de ne pas jeter l'alarme à tort par un pronostic défavorable, il est encore très délicat de fixer le pronostic d'une adénopathie active reconnue.

C'est par une expérience basée sur des examens radiologiques et cliniques en séries qu'on y parvien-

dra — d'où l'intérêt de la modeste contribution que nous apportons aujourd'hui.

V. — Cette évolution peut se faire — et c'est le cas le plus fréquent — vers la régression ou vers la guérison complète par sclérose et calcification. On voit alors la matité parasternale disparaître peu à peu, les signes généraux s'améliorer, et *la gangue hilaire se rétrécir, se fragmenter* : on aboutit alors à une image du troisième degré.

Cette évolution demande des mois pour s'accomplir.

a) Dans un cas, nous l'avons vu se dessiner nettement après un séjour de six mois à Hendaye, ce qui nous permit d'établir précocement un pronostic favorable confirmé quatre ans plus tard par la présence de calcifications et par la disparition totale des signes cliniques (obs. II, Le Saul).

b) Dans un deuxième cas, cette évolution était loin d'être terminée au bout de deux ans. On constatait seulement une amélioration des signes généraux. Les signes de matité et de rudesse persistaient, mais le début de fragmentation des ombres hilaires nous aiguilla vers un pronostic favorable (obs. III, Michel Vil).

Dans un troisième cas, on constata l'évolution vers la guérison — et la guérison totale au bout de sept ans.

VI. — L'évolution peut être brusquée par une généralisation de la tuberculose (péritonite, obs. I).

Les notions d'un pareil essaimage suivi d'évolution rapidement fatale, doivent inspirer une réserve du pronostic habituellement plus bénin que comportent les adénopathies hilaires actives. Il en est exactement de même pour les adénopathies cervicales.

VII. — Dans une troisième alternative enfin, l'évo-

lution à laquelle nous avons assisté grâce à des investigations en série pendant pulsieurs années fut celle *d'extension de la tuberculose hilaire vers le sommet.*

Cette extension plaidait en faveur d'un processus de proche en proche, sans doute par voie lymphatique, ou sous-pleural. L'anatomo-pathologiste a malheureusement trop peu d'occasions de constater semblable hypothèse.

Dans trois cas on constata en effet à une certaine époque un foyer d'ombres hilaires conglomérées, avec réaction de voisinage importante. Le sommet correspondant était légèrement voilé. Ces images coexistaient avec des signes physiques de matité, et de rudesse respiratoire.

Le diagnostic d'adénopathie hilaire tuberculeuse fut établi pour ces trois cas.

Or, plusieurs années plus tard on constata que les trois nouvelles images présentaient des traînées d'ombres irradiées du hile vers le sommet, couvrant la totalité de ce sommet et l'obscurcissant. Dans ces trois cas, la matité et la rudesse respiratoire avaient persisté.

Cette extension fut lente.

a) Elles s'affirma au bout de six ans chez B... (ob. V) par des signes cliniques d'infiltration du sommet et l'image radiologique (fig. 8) montrait l'extension des ombres hilaires au sommet complètement obscurci et présentant même un léger aspect en mie de pain.

b) Cette même évolution s'affirma plus précocement chez Juliette D... (obs. VI). Au bout de trois ans on constata des bacilles dans les crachats et l'image (fig. 10) nous montrait l'envahissement du sommet obscurci par les ombres issues du hile.

Dans ces deux cas l'état général était resté peu satisfaisant.

Dans un troisième cas, l'état général était resté très bon et les signes d'infiltration du sommet manquaient. Seule la rudesse respiratoire persista, mais l'image (fig. 12) nous montra au bout d'un an et demi un obscurcissement total du sommet par des travées enchevêtrées issues du hile. Cet aspect nous rappela l'image de la tuberculose fibreuse de l'adulte.

C'est dire qu'il nous fut difficile d'établir un pronostic même avec la ressource des comparaisons des examens cliniques et radiologiques. Cependant la persistance de la rudesse respiratoire et le souvenir d'images semblables dans nos cas précédents, nous incitent à formuler le pronostic d'une évolution tuberculeuse du sommet à marche silencieuse.

VIII. — Cette difficulté d'établir un pronostic précis dans ces cas chroniques s'affirme dans l'observation VIII.

IX. — Nous ne doutons pas que des observations prolongées comme les nôtres avec séries de radiographies se multiplient prochainement. Par leur nombre, elles seront d'un enseignement que nous ne pouvons prétendre formuler ici.

Vu : le Président de la thèse
BEZANÇON

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Beclère. — Bulletin Société médicale, 5 juin 1903.

Kohler. — Sur le diagnostic radiologique de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. Hambourg, 1906.

Variot. — La méthode du professeur Grancher pour dépister la tuberculose pulmonaire chez les enfants (Clinique infantile, février 1906).

— Sur le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchiqne chez les enfants par la radioscopie (Bulletin Société des hôpitaux, 1907).

Stürtz. — III[e] Rœntgenkongress, 1907.

— L'origine lymphangitique de la tuberculose des sommets à partir des ganglions du hile (IV[e] réunion des médecins de tuberculeux. Berlin, 1907).

Rieder. — IV[e] Rœntgenkongress, 1908.

Eisler. — Munch. med. Wochen., 1912, n° 35.

Jordan. — Phtisie péribronchique (Britisch medical Journal 30 août 1912).

Rist et Maingot. — Journal médical français, 15 août 1913.

Segard. — Etude sur la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. Thèse de Paris, 1913.

Ribadeau-Dumas et Debré. — Etude diagnostique sur la tuberculose pulmonaire de la première enfance (Paris médical, février 1913).

D'œllsnitz et Paschetta. — Exploration radiologique du thorax par le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant (Paris médical, 7 février 1914).

Aubourg et Delherm. — Société de radiologie, 9 décembre 1913.

Marfan. — Sur la radiographie instantanée des ombres hilaires (Association française de Pédiâtrie, octobre 1913).

Hutinel. — Les réactions broncho-pulmonaires dans les adénopathies médiastines (Gazette des hôpitaux, 1911, n° 13).

Reade et Caley. — Ombres hilaires et cuti-réactions négatives (Lancet, 30 novembre 1912).

Ribadeau-Dumas, Weill et Maingot. — Etude radiologique de la tuberculose pulmonaire du nourrisson (Société de Pédiâtrie, novembre 1912).

Gauducheau. — L'exploration radiologique du thorax dans la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1912.

Sluka. — Etude de la tuberculose du hile chez les enfants au moyen de la radioscopie (Wiener Klinische Wochenschrift, 13 février 1913).

— *id.*, 15 février 1912.

Detré (G.) et Salin. — La tuberculose du hile pulmonaire chez l'enfant (Paris médical, 1914.

Méry (H.), Salin, Detré, Girard. — Bulletin Société médicale des Hôpitaux, 7 mars 1919.

— *id.*, 16 mai 1919.

Méry (H.) et Girard. — Les formes actives des adénopathies tuberculeuses du hile chez l'enfant (Revue de la tuberculose, octobre 1920).

Méry (H.). — Le diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant (Presse médicale, 4 décembre 1920).

Méry (H.), Détré et Desmoulins. — Le diagnostic radiologique de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant (Presse médicale, 19 mars 1921).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5383-22

14.L.51.
Etude de l'evolution des adenop1922
Countway Library BEO5068
3 2044 045 878 477

14.L.51.
Etude de l'evolution des adenop1922
Countway Library BEO5068
3 2044 045 878 477